



SAISON 2024 – 2025

Site : <http://www.sautrontwirlingsport.com/>



DOSSIER D'INSCRIPTION

Les pièces suivantes seront à rapporter lors de l'inscription le **samedi 31 Aout de 9h à 11h ou le mercredi 4 septembre de 18h à 20h** :

- La fiche d'inscription complétée et signée par les deux parents,
- Un chèque de caution de 40 euros pour le bâton (non encaissé),
- Le règlement de la cotisation annuelle (tarifs saison 2024-2025),
- Un certificat médical autorisant la pratique du Twirling en compétitions daté de mois de 6 mois ou le questionnaire de santé,
- Une photo d'identité récente **OBLIGATOIRE**,
- Le document « Autorisation de droit à l'image » complété et signé.

Tout dossier doit être complet pour que votre enfant puisse commencer les entraînements

Tarifs saison 2024 - 2025

	SAUTRON	HORS SAUTRON
1 membre + kit tenue	180 €	185 €
2 membres + kit tenue	340 €	350 €
3 membres + kit tenue	480 €	495 €
Supplément individuel	25 €	
Supplément duo	25 €	
Supplément individuel et duo	30 €	

***NB : prix = cotisation + nouvelle veste et débardeur obligatoire (60 €).**

A la charge du twirler

- La veste et le débardeur du club obligatoire compris dans le prix de la cotisation
- La tenue complète (pour les individuels), collants, chaussettes, chaussures (pour les équipes)
- Les stages et passages de degrés
- Les forfaits week-end des championnats individuels et équipes
- L'entretien des bâtons (tips et scotch)

LE TWIRLING SE PRATIQUE EN EQUIPE AINSI QU'EN INDIVIDUEL OU EN DUO, POUR CELA MERCI DE **RESPECTER** LES **OBLIGATIONS** SUIVANTES :

1°- La présence du twirler à **tous** les entraînements est importante :

- ✓ Pour la construction de la chorégraphie présentée aux championnats
- ✓ Pour ne pas pénaliser l'équipe entière
- ✓ Pour respecter le travail des monitrices qui donnent de leur temps bénévolement

2°- La participation **obligatoire** aux compétitions auxquelles l'équipe est engagée

Fiche d'inscription SAISON 2024 – 2025



TWIRLER

Nom : Prénom :
Né(e) le / / à
Adresse : CP : VILLE :
Tél : Email :

PARENT 1

Nom :
Prénom :
Adresse :
CP : VILLE :
Profession :
Email :
Tél :

PARENT 2

Nom :
Prénom :
Adresse :
CP : VILLE :
Profession :
Email :
Tél :

J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'entraînement..... Oui Non

Date :

J'ai lu et approuvé, signature du parent 1 :

Date :

J'ai lu et approuvé, signature du parent 2 :

Consignes de responsabilité des parents

- Les parents doivent s'assurer de la présence de la monitrice avant de laisser leur enfant dans la salle de sport. Les parents sont responsables de la sécurité de leur enfant à l'extérieur de la salle avant et après l'entraînement.
- Tout accident, vol, perte (vêtement ou bijoux) et dégradations du matériel mis à la disposition sont sous la responsabilité des parents qui attestent avoir souscrit une assurance Responsabilité Civile couvrant la pratique du Twirling Bâton sous licence.
- Autoriser les responsables du Club, en cas d'accident grave survenant à mon enfant, à le faire transporter au CHU. Le Club n'assurant pas le transport, les parents doivent accompagner les enfants aux Championnats. Dans certains cas un déplacement collectif peut être prévu avec une participation financière éventuelle.

Règlement intérieur

- En suivant le lien ci-contre <https://www.sautrontwirlingsport.com/saison-2023/documents>, vous accéderez directement au règlement intérieur. Merci d'en prendre connaissance. Pour ce faire, aller dans le document et télécharger le pdf « règlement intérieur ».

Date et signature suivie de la mention « Je certifie avoir lu » :

ANNEXE 2 : Questionnaire de santé pour la pratique sportive des mineurs

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

- Questionnaire Santé – Sport rempli le :

Nom, Prénom : Date de naissance :

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>		Ton âge : ___ ans	
Depuis l'année dernière		OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		OUI	NON
Te sens-tu très fatigué (e) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite au verso

Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.		

- **Si vous avez répondu OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné. Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur attestent auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, elles sont tenues de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée datant de moins de six mois.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation ci-dessous et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

Partie à détacher



Attestation santé pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence sportive FSCF à un mineur pour l'année 2024-2025

Nom, prénom du licencié Date de naissance :

Je, soussigné, responsable légal, atteste sur l'honneur de réponses négatives à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

Date et signature

ANNEXE 3 : Questionnaire de santé pour la pratique sportive en loisir des personnes majeures ou le renouvellement d'une licence sportive en compétition – (personnes majeures)

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

- Questionnaire Santé – Sport rempli le :

Nom, Prénom : Date de naissance :

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À ce jour :		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

- **Si vous avez répondu OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

Partie à détacher



Attestation santé pour la prise d'une licence sportive en loisir ou le renouvellement d'une licence sportive compétition FSCF pour l'année 2024-2025

Nom, prénom du licencié Date de naissance :

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive :

Je, soussigné, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

À, le Nom, prénom et signature du pratiquant



AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____

Demeurant _____

Le cas échéant, représentant légal de _____

Né(e) le _____

Autorise ou **Refuse** l'association Sautron Twirling Sport, dont le siège social est au 14 rue de la Vallée 44880 Sautron, Association Loi 1901 reconnue d'utilité publique, Siret 508 423 936 00014, RNA W442003195, à utiliser des photos et vidéos de _____ (*prénom & nom*), à titre gratuit dans le cadre de la promotion de ses activités. En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, **j'autorise** ou **je n'autorise pas** l'association Sautron Twirling Sport à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies et vidéos prises dans le cadre de ses activités.

Les photographies et vidéos pourront être exploitées et utilisées par l'association, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, dans le monde entier, pour une durée de 99 ans, intégralement et par extrait et notamment :

- Presse
- Livre
- Publicité
- Projection publique
- Réseaux sociaux
- Support pédagogique
- Site internet

L'association Sautron Twirling Sport s'interdit expressément de procéder à une exploitation de photographies et vidéos susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies et vidéos de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toutes autres exploitations préjudiciables.

L'association s'engage également à faire respecter le droit moral et à ce que les propos soient préservés.

Le participant bénéficie, d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données le concernant. Pour exercer ce droit, il doit s'adresser par mail ou par courrier au Président **Mr Christophe Corcessin**, aux adresses suivantes :

- Twirling@sautrontwirlingsport.com
- Sautron Twirling Sport, 14 rue de la Vallée 44880 Sautron (à l'attention de Christophe Corcessin, Président)

Fait à _____

Signature : _____

Le _____

Association affiliée à la Fédération Sportive et Culturelle de France Comité de Loire Atlantique



Association loi 1901 Déclarée à la Préfecture de Loire Atlantique sous le numéro w442003195 le 21 mai 1996 et publiée au JO du 12 juin 1996 n° 1192 – Siret : 508 423 936 000 14

Courriel : twirling@sautrontwirlingsport.com

Site internet : <http://sautrontwirlingsport.sportsregions.fr/>